



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# De Korte Klachten Lijst (KKL)

*Alfred Lange, Bart Schrieken, Jean-Pierre van de Ven en Merel Blankers\**

Met dank aan drs. Marjan Slot, die als doctoraalstudente aan het onderzoek heeft meegewerkt en aan dr. Pieter Koele voor zijn methodologische adviezen.

---

## Samenvatting

*Dit artikel beschrijft de ontwikkeling van de Korte Klachten Lijst, de KKL. Het instrument bevat veertien items, die elk indicatief zijn voor een bepaalde psychologische problematiek. Het instrument blijkt betrouwbaar te zijn en hoog te correleren met de totaalscore van de SCL-90. Bovendien geeft het patroon van samenhang tussen de afzonderlijke items en de overeenkomstige subschalen van de SCL-90 steun aan de convergente en divergente validiteit. Een normtabel voor de Nederlandse (studenten)populatie is opgesteld. In de discussie wordt besproken hoe het instrument kan worden gebruikt en wat verder aan onderzoek nodig is.*

## Inleiding

In de praktijk en in onderzoek wordt vaak gebruikgemaakt van de Symptom Checklist-90 (SCL-90) als maat voor psychopathologie (Arrindell & Eetema, 1986; Derogatis, 1977). Vooral de internationale erkenning maakt het instrument aantrekkelijk. Niettemin zijn er bezwaren tegen de SCL-90 aan te voeren. De acht subschalen (Angst, Agorafobie, Depressie, Somatisatie, Insufficiëntie van denken en handelen, Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, Hostiliteit en Slaapproblemen) komen niet voort uit factorieel onderzoek, maar zijn op *face value* aangebracht. Sommige psychische stoornissen, zoals de eetstoornis en dissociatie, komen er niet echt in voor. Ook de lengte van de SCL-90 is soms een bezwaar. De lijst bestaat, de naam zegt het al, uit negentig items. In veel onderzoek is dit geen probleem, maar er is ook onderzoek waarin men het aantal vragen aan de deelnemers wil beperken. Bovendien is de kans dat een persoon in een antwoordpatroon vervalt groter bij een lange zelfbeoordelvragenlijst dan bij een korte vragenlijst (Judd, Smith, & Kidder, 1991). De Nederlandse versie van de *Hopkins Symptom Checklist* (Luteijn, Hamel, Bouman, & Kok, 1984) is al korter, 57 items. De Beurs heeft een psychopathologie-vragenlijst van 42 items geconstrueerd, die gericht is op het vaststellen van depressie, angst en stress (De Beurs, Van Dyck, Lange, & Marquenie, in voorbereiding). Niettemin zijn er situaties waar men het aantal vragen met betrekking tot psychische klachten nog verder moet beperken. Wat dat betreft zou de Nederlandse adaptatie van de *General Health Questionnaire* in aanmerking

---

\* PROF. DR. A. LANGE is verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. E-mail: [kp\\_Lange@macmail.psy.uva.nl](mailto:kp_Lange@macmail.psy.uva.nl).  
DRS. B. SCHRIEKEN is werkzaam in het INTERAPY-project binnen de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.  
DRS. J.-P. VAN DE VEN is eindredacteur van *Dth* en werkzaam binnen het INTERAPY-project en in het onderwijs van de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.  
DRS. M. BLANKERS, psychologe, heeft als onderzoeker in het kader van haar doctoraalstudie aan het onderzoek meegewerkt.

komen (Sanderman & Stewart, 1990). Dit instrument van twaalf items is echter niet speciaal gericht op psychopathologie.

Lange et al. (1999) voerden een onderzoek uit naar factoren die van belang zijn bij de gevolgen van seksueel misbruik. Hieraan namen vierhonderd vrouwen deel die in het verleden seksueel misbruikt waren. Ten behoeve van dit onderzoek werd een zeer korte lijst opgesteld, met behulp waarvan de respondenten konden aangeven in welke mate zij last hadden van de meest voorkomende psychische problemen. De onderzoekers noemden de lijst de *Quesep Symptom List (QSL)*, aangezien de lijst was opgenomen in de Questionnaire Unwanted Sexual Experiences in the Past. De QSL bleek goed te discrimineren tussen respondenten die ernstig waren misbruikt en respondenten waarin het misbruik relatief licht was geweest, en correleerde redelijk hoog met de SCL-90 ( $r = 0.64$ ). Aangezien het in de bedoeling ligt om de QSL ook in ander onderzoek te gaan gebruiken, is de lijst omgedoopt tot Korte Klachten Lijst (KKL). Het huidige onderzoek beschrijft een eerste test van de betrouwbaarheid en validiteit van deze bescheiden, maar praktische lijst.

## Methode

### *De vragenlijst*

De KKL bestaat uit veertien vaste items en een item dat de respondent zelf kan inbrengen. De respondent geeft op een vijfpuntsschaal aan in welke mate hij of zij last heeft van verschillende klachten. De vaste items vragen naar de mate waarin de respondent last heeft van bepaalde klachten. Het gaat hierbij om in de psychiatrie veelvuldig aangetroffen symptomen: angsten, concentratieproblemen, geheugenproblemen, depressiviteit, lichamelijke klachten, prikkelbaarheid, relatieproblemen, zelfmoordgedachten en/of -pogingen, eetstoornissen, automutilatie, seksuele problemen, gynaecologische problemen, slaapproblemen en verslavingen.

Het laatste item van de vragenlijst is het open item. De respondent kan hier zelf een klacht noemen die niet in de vaste items voorkomt. De items worden beantwoord over de afgelopen tijd (de lengte van de tijd wordt aan de respondent overgelaten). Per item lopen de scoringsmogelijkheden van 0 ('geen') tot 4 ('heel erg'). De totaalscore kan dus variëren tussen 0 en 56. Hoe hoger de totaalscore, hoe slechter het met de respondent is gesteld. Voor de exacte instructie en een overzicht van de items van de KKL wordt verwezen naar de appendix.

### *Deelnemers*

Ten behoeve van het onderzoek naar de betrouwbaarheid, werden de KKL en de SCL-90 afgenomen bij 492 eerstejaars psychologiestudenten van de Universiteit van Amsterdam in het kader van de 'testweek'. De testweek is een verplicht onderdeel van de propedeuse psychologie, waarin studenten een groot aantal vragenlijsten invullen. Op basis van de deelnemersnummers werden achteraf de sekse- en leeftijdgegevens opgevraagd. Er waren 159 mannelijke respondenten, 320 vrouwelijke. Van dertien respondenten was het geslacht onbekend. De gemiddelde leeftijd was 21 jaar, met een standaardafwijking van  $SD = 4.3$ .

## ***Verwerking van de gegevens***

Er werden betrouwbaarheidsanalyses en factoranalyses uitgevoerd voor zowel de KKL als de SCL-90. Door middel van item-restcorrelaties werd onderzocht in hoeverre elk item een positieve bijdrage levert aan de schaal. Als ondergrens werd hiervoor  $r = 0.20$  gehanteerd (Van den Brink & Mellenbergh, hoofdstuk 10, 1998). In eerste instantie is de samenhang onderzocht tussen de totale score op de KKL en de totale SCL-90-score. Hierbij werd een correctie voor attenuatie toegepast. Dit houdt in dat men corrigeert voor meetfouten in de testcores om zo de ware correlatie te verkrijgen (Van den Brink & Mellenbergh, hoofdstuk 2, 1998). Daarnaast werd onderzocht in welke mate de verschillende schalen van de SCL-90 samenhangen met het item van de KKL dat hetzelfde klachtgebied bestrijkt. Tenslotte werd een normtabel opgesteld, gebaseerd op de verdeling van de totaalscores in deze normale studentenpopulatie.

Als gegevens ontbraken, werd bij de berekeningen uitgegaan van het gemiddelde van de totale groep met betrekking tot het betreffende item. Waar dit niet mogelijk was, werden voor de betreffende analyse de gegevens van die persoon buiten beschouwing gelaten.

## **Resultaten**

### ***Psychometrische kenmerken van de KKL***

Tabel 1 laat zien dat de veertien vaste items elk afdoende correleren met de somscore van de overige dertien items, ondanks het feit dat het om verschillende klachtgebieden gaat. Alle dragen bij aan de betrouwbaarheid van de totale lijst. De niet-gespecificeerde vraag naar andere klachten heeft geen positieve bijdrage aan de totaalscore. De item-restcorrelatie van dat item is laag, door het item weg te laten stijgt de betrouwbaarheidscoëfficiënt alfa. Dit is niet verwonderlijk bij zo'n open item. Bovendien is dit item door 162 respondenten niet ingevuld; een reden om het item verder buiten beschouwing te laten.

**Tabel 1** Item-restcorrelaties en coëfficiënt alfa als het betreffende item verwijderd wordt per item van de kkl.

	Item-rest-correlatie	Alfa als item is verwijderd
1. Angst	0.46	0.77
2. Concentratieproblemen	0.54	0.76
3. Geheugenproblemen	0.41	0.77
4. Depressiviteit	0.60	0.75
5. Lichamelijke klachten	0.40	0.77
6. Prikkelbaarheid	0.54	0.76
7. Relatieproblemen	0.31	0.78
8. Zelfmoordneigingen	0.43	0.77
9. Eetstoornissen	0.41	0.77
10. Automutilatie	0.40	0.78
11. Seksuele problemen	0.36	0.78
12. Gynaecologische problemen	0.21	0.78
13. Slaapproblemen	0.45	0.77
14. Verslavingen, nl.	0.30	0.78
15. Anders, nl.	0.13	0.79

De interne consistentie (Cronbach's alpha), uiteindelijk berekend over de 14 specifieke items, is  $\alpha = .79$ . De gemiddelde totaalscore over de 14 items van de KKL is  $M = 9.3$  met een standaardafwijking  $SD = 6.41$ . Vervolgens werden exploratieve en confirmatieve factoranalyses uitgevoerd. Geen van deze analyses bracht andere dan de ene onderliggende factor psychopathologie aan het licht. Apart daarvan bestrijkt elk item van de KKL een afgebakend klachtgebied.

### Normscores

Tabel 2 geeft aan hoe men de scores kan interpreteren. Evenals bij de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986) bleken de totaalscores van de KKL scheef verdeeld, wat te verwachten valt bij een 'normale' populatie. Derhalve is bij het vaststellen van normscores uitgegaan van het gemiddelde, met meer differentiatie naar boven dan naar beneden. Respondenten die meer dan één standaarddeviatie beneden het gemiddelde scoren (score 0-5) worden als 'lage scoorders' beschouwd. De groep die tussen één standaarddeviatie onder en één standaarddeviatie boven het groepsgemiddelde scoort (score 6-12), wordt als 'gemiddeld' geïnterpreteerd. Wanneer men tussen één en twee standaarddeviaties boven het gemiddelde scoort (score 13-19), krijgt men de classificatie 'boven gemiddeld'. Scoort men tussen twee en drie standaarddeviaties boven het gemiddelde (score 20-26) krijgt men de classificatie 'hoog'. Alle scores daarboven (27-56) indiceren een zeer hoge mate van psychopathologie.

**Tabel 2** Normering van de kkl voor normale (studenten)populatie.

Totaalscore	
0-5	Laag
6-12	Gemiddeld
13-19	Bovengemiddeld
20-26	Hoog
27-56	Zeer hoog

## Verband tussen KKL en SCL-90

Alvorens het verband tussen de KKL en de SCL-90 te berekenen, werd eerst een betrouwbaarheidsanalyse over de SCL-90 uitgevoerd. Die is, zoals verwacht mocht worden, hoog: Cronbach's  $\alpha = .96$ . Na correctie voor attenuatie (Van den Brink & Mellenbergh, hoofdstuk 2, 1998) bleek de correlatie tussen de totaalscore van de twee instrumenten  $r = 0.87$ , ( $n = 457$ ;  $p = 0.00$ ) te zijn. De matrix in tabel 3 toont de ongecorrigeerde correlaties tussen de afzonderlijke items van de KKL met de subschalen van de SCL-90.

**Tabel 3** Correlaties \* items kkl met subschalen scl-90 (n = 457).

Items KKL	AGO	ANG	DEP	SOM	IN	SEN	HOS	SLA	Overig
1. Angst	<b>0.47</b>	<b>0.59</b>	<b>0.48</b>	0.33	0.35	0.36	0.25	0.29	0.42
2. Concentratieproblemen	0.28	0.42	<b>0.46</b>	<b>0.44</b>	<b>0.60</b>	0.36	0.33	0.25	0.41
3. Geheugenproblemen	0.21	0.27	0.30	0.35	<b>0.52</b>	0.27	0.24	0.16	0.33
4. Depressiviteit	0.42	<b>0.52</b>	<b>0.68</b>	0.42	0.44	0.42	0.39	0.34	<b>0.55</b>
5. Lichamelijke klachten	0.21	0.33	0.30	<b>0.56</b>	0.35	0.23	0.19	0.27	0.26
6. Prikkelbaarheid	0.25	0.39	<b>0.45</b>	0.44	0.44	0.38	<b>0.51</b>	0.26	0.45
7. Relatieproblemen	0.18	0.20	0.31	0.22	0.20	0.27	0.25	0.16	0.29
8. Zelfmoordneigingen of -pogingen	0.35	0.39	<b>0.47</b>	0.32	0.39	0.36	0.33	0.25	0.41
9. Eetstoornissen	0.29	0.34	0.40	0.38	0.33	0.33	0.13	0.21	<b>0.45</b>
10. Automutilatie	0.16	0.27	0.36	0.24	0.27	0.27	0.22	0.18	0.35
11. Seksuele problemen	0.26	0.25	0.31	0.24	0.28	0.28	0.19	0.25	0.26
12. Gynaecologische problemen	0.14	0.16	0.18	0.20	0.14	0.15	0.02	0.12	0.19
13. Slaapproblemen	0.24	0.36	0.38	0.44	0.37	0.28	0.26	<b>0.72</b>	0.32
14. Verslavingen	0.18	0.19	0.19	0.20	0.13	0.17	0.18	0.13	0.22

\* Voor alle correlaties geldt  $p < 0.01$  (eenzijdig getoetst). Voor de vetgedrukte geldt:  $p < .0001$

Afkortingen: AGO: Agorafobie. ANG: Angst. DEP: Depressie. SOM: Somatische klachten. IN: Insufficiëntie van denken en handelen. SEN: Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit. HOS: Hostiliteit. SLA: Slaapproblemen. Overig: Overige items.

De correlaties laten zien wat te verwachten was. De items die iets met depressie hebben te maken, correleren hoger met de depressiesubscala van de SCL-90 dan de andere items. Het angstitem hangt relatief sterk samen met zowel de angstschalen als de depressieschaal van de SCL-90. Lichamelijke klachten hangen weer meer samen met de somatisatie subscala van de SCL-90; slaapproblemen met de slaapproblemenschaal van de SCL-90. Het item 'eetstoornissen' hangt samen met de subscala 'overige' van de SCL-90 doordat één van de drie items van die subscala (item 60) daarover gaat.

We moeten deze correlaties met de nodige voorzichtigheid beschouwen, aangezien de aparte items niet als subschalen werden bedoeld. Niettemin geven zij enige voorzichtige steun aan de convergente en divergente validiteit.

## Beschouwing

De betrouwbaarheid van de KKL over de veertien items blijkt hoog te zijn. Het is niet verrassend dat de betrouwbaarheid van de veel langere SCL-90 hoger is. Het patroon van de relatief hoge correlaties en ook de verwachte lage correlaties van de KKL met de totaalscore en de subschalen van de SCL-90 geeft steun aan de validiteit. Hierbij moeten we echter niet vergeten dat de KKL-items in principe niet als aparte subschalen zijn bedoeld, en dat op grond van de score op één item over dat gebied geen harde conclusies kunnen worden getrokken. Dat neemt niet weg dat een uitschieter op een bepaald item, bijvoorbeeld score 4 op depressie, in de praktijk een reden kan zijn om bij de betreffende patiënt specifiek door te vragen.

Voor gebruik in kwantitatief onderzoek is de open vraag naar andere klachten (item 15) niet zinvol. In de klinische praktijk wel. Om te voorkomen dat een groot deel van respondenten niet op de open vraag antwoordt, is het aan te bevelen het item als volgt te formuleren: *andere klachten, nl.... (zelf in te vullen)*. In de appendix is deze aanpassing al doorgevoerd. Aangezien het open item bij het berekenen van de normtabel geen rol heeft gespeeld, moet men het bij vergelijking met de normscores buiten beschouwing laten.

Doordat de oorspronkelijke KKL (de QSL) was geconstrueerd in een onderzoek waarbij alleen vrouwen met incestervaringen waren betrokken, was item 12 (gynaecologische problemen) een voor de hand liggend item. Voor mannen is dit item niet van toepassing, zij scoren allen 0. Dat het item toch bijdraagt aan de totale schaal komt doordat deze studentenpopulatie voor tweederde uit vrouwen bestaat (afspiegeling van de psychologiestudie). Het ligt voor de hand om voor verder onderzoek met de KKL en voor verdere praktische toepassing een aparte versie voor mannen (zonder dit item) en vrouwen (met dit item) te maken.

In dit onderzoek waren alle respondenten studenten. Zeker voor de normering is het een gemis dat de populatie niet algemener was. Het is de bedoeling, nu de eerste bevindingen hoopgevend zijn, verder te gaan en de KKL te onderzoeken en te normeren voor een brede, normale populatie en een populatie van psychiatrische patiënten. Daarbij zal dan ook worden onderzocht of een aparte normering voor mannen en vrouwen is geïndiceerd.

---

### ABSTRACT

*This paper describes the development and first test of a short symptom list, the KKL. The questionnaire comprises fourteen items, each indicative of a specific psychological problem area. The instrument appears to be reliable and correlates highly with the total score on the SCL-90. Furthermore, each of the specific items correlates highly with the corresponding subscale of the SCL-90. This supports the convergent and divergent validity. Normscores for the Dutch (student) population are provided.*

## Referenties

Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Handleiding van de SCL-90*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Beurs, E. de, Dyck, R. van, Lange, A., & Marquenie, L. (in voorbereiding). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie-, angst- en stress-symptomen.
- Brink, W.P. van den, & Mellenbergh, G.J. (red.) (1998). *Testleer en testconstructie*. (hoofdstuk 2 en hoofdstuk 10). Amsterdam: Boom
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the (revised) version and other instruments of the psychology rating scale series*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Judd, C.M., Smith, E.R., & Kidder, L.H. (1991). *Research Methods in Social Relations (6th ed.)*. Fort Worth: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Lange, A., Beurs, E. de, Dolan, C., Lachnit, T., Sjollem, S., & Hanewald, G. (1999). Long-term effects of childhood sexual abuse, objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 150-158.
- Luteijn, F., Hamel, L., Bouman, T.K., & Kok, A.R. (1984). *HSCl. De Hopkins Symptom Check List*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sanderman, R., & Stewart, R. (1990). Assessment of psychological distress: psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ). *International Journal of Health Sciences*, 1, 195-202.

*Appendix: De Korte Klachten Lijst, de KKL*

In de onderstaande tabel staan een aantal klachten die mensen zoal kunnen hebben. Wilt u per klacht aangeven in hoeverre u er last van heeft (of recent gehad): u kunt een cirkel plaatsen om het antwoord dat het meest van toepassing is.

**Tabel 3 Correlaties \* items kkl met subschalen scl-90 (n = 457).**

	geen	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
Angsten	0	1	2	3	4
Concentratieproblemen	0	1	2	3	4
Geheugenproblemen	0	1	2	3	4
Depressiviteit	0	1	2	3	4
Lichamelijke klachten	0	1	2	3	4
Prikkelbaarheid	0	1	2	3	4
Relatieproblemen	0	1	2	3	4
Zelfmoordgedachten of -pogingen	0	1	2	3	4
Eetstoornissen	0	1	2	3	4
(Neiging) uzelf (te) beschadigen	0	1	2	3	4
Seksuele problemen	0	1	2	3	4
Gynaecologische problemen	0	1	2	3	4
Slaapproblemen	0	1	2	3	4
Verslavingen, nl. ...	0	1	2	3	4
Andere klachten, nl. ... (zelf in te vullen)	0	1	2	3	4